IX kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Polityki Senioralnej (nr 21)**

z dnia 28 września 2021 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 21)

28 września 2021 r.

Komisja Polityki Senioralnej, obradująca pod przewodnictwem poseł **Pauliny Matysiak (Lewica)**, wiceprzewodniczącej Komisji, oraz **Joanny Borowiak (PiS)**, przewodniczącej Komisji, rozpatrzyła:

– informację ministra zdrowia na temat dostępności do rehabilitacji osób starszych;

– informację ministra zdrowia na temat lecznictwa uzdrowiskowego oraz funkcjonowania uzdrowisk i sanatoriów z uwzględnieniem czasu pandemii.

W posiedzeniu udział wzięli: **Maciej Miłkowski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, **Piotr Majcher** konsultant krajowy do spraw rehabilitacji medycznej, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **Kordian Kulaszewicz** prezes Fundacji Adaptacja, członek Rady ds. Polityki Senioralnej przy ministrze rodziny i polityki społecznej, **Alicja Kaczorowska** i **Rafał Sapuła** stali doradcy Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Elżbieta Przybylska** i **Grażyna Kućmierowska** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Paulina Matysiak (Lewica):

Dzień dobry. Otwieram 21. posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej.

Witam państwa bardzo serdecznie. Witam pana Macieja Miłkowskiego, podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, pana Piotra Majchera, konsultanta krajowego do spraw rehabilitacji medycznej, pana Rafała Sapułę, stałego doradcę Komisji, panią Alicję Kaczorowską, również stałego doradcę Komisji, pana Jerzego Płókarza z Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej i pana Kordiana Kulaszewicza z Fundacji Adaptacja. Witam również państwa posłów członków Komisji Polityki Senioralnej.

Czy są pytania do porządku dziennego? Państwo otrzymali zawiadomienie o posiedzeniu Komisji. Stwierdzam przyjęcie porządku dziennego i protokołu poprzedniego posiedzenia Komisji. Przystępujemy do realizacji porządku dziennego.

Proszę pana ministra Macieja Miłkowskiego, podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, o zreferowanie informacji na temat dostępności do rehabilitacji osób starszych, a następnie na temat lecznictwa uzdrowiskowego oraz funkcjonowania uzdrowisk i sanatoriów z uwzględnieniem czasu pandemii.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Dziękuję, pani przewodnicząca, za zaproszenie, aby mówić o tak ważnym temacie. Jest z nami pan profesor, konsultant krajowy do spraw rehabilitacji. W pierwszym zakresie skupimy się na tym temacie. Jak wiemy, temat dotyczący rehabilitacji osób starszych przybiera na znaczeniu. Chodzi nie tylko o demografię. Wszyscy wiemy, że demografia w Polsce jest nieubłagana. Coraz więcej osób jest w podeszłym wieku. W 2014 r. mieliśmy prawie 6 mln takich osób, a po czterech latach przyrosło o 1 mln. Coraz więcej osób jest nie tylko w wieku 60+, ale odpowiednio w wieku 75, 85 lat. To są osoby, które najczęściej korzystają z systemu ochrony zdrowia. Długość życia zwiększa się, w związku z tym, te osoby potrzebują coraz więcej świadczeń zdrowotnych. W tym zakresie na pewno jednym z istotnych świadczeń jest dostęp do rehabilitacji, ponieważ w Polsce, jak i na całym świecie, kierunek jest taki, żeby pacjenci nie tylko żyli długo, ale w szczególności istotne jest wydłużenie życia w zdrowiu i sprawności. Zatem to są dwa elementy, które są bardzo

istotne w tym zakresie. Rehabilitacja w znaczącej mierze pozwala utrzymać sprawność, szczególnie osób w wieku podeszłym.

Zatem jeśli chodzi o świadczenia rehabilitacyjne i wszystkie świadczenia zdrowotne, one są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia i są skatalogowane w koszyku świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Wszystkie rozporządzenia w różnych zakresach świadczeń są z roku 2013, ale dosyć często są nowelizowane, gdyż dochodzą nowe produkty. To, co jest gwarantowanym świadczeniem, to jest opłacane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. To są różne świadczenia. Co do zasady nie ma podziału świadczeń dla osób w wieku do 60. roku życia lub powyżej 60. roku życia. Oczywiście wiemy, że główną przyczyną podziału rodzaju świadczeń są choroby pacjentów, wskazania medyczne pacjentów. Oczywiście w pewien sposób wyodrębnioną grupą jest rehabilitacja dla dzieci. Co do zasady świadczenia rehabilitacji realizowane są u świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, i rehabilitacja jest realizowana na zasadzie skierowania, jeśli pacjent posiada takie wskazania. Główna sprawa to dostępność do rehabilitacji, czas oczekiwania i skuteczność rehabilitacji. Każdy ze świadczeniodawców realizuje świadczenia zdrowotne nie tylko w rehabilitacji, ale również w innych świadczeniach. Jeśli nie jest w stanie przyjąć pacjenta w danym dniu, powinien wpisać go na listę oczekujących. Każdy ze świadczeniodawców prowadzi takie listy oczekujących.

Oczywiście są dwa typy list oczekujących – tryb pilny i tryb stabilny. Tryb pilny jest po wszystkich rodzajach zabiegów, gdzie wskazana jest rehabilitacja w trybie pilnym. Ta rehabilitacja odbywa się zgodnie z planem leczenia. W szczególności rehabilitacja poudarowa, pozawałowa, która bardzo często jest dookreślona w wielu podmiotach jako kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego i jest realizowana zgodnie z planem leczenia po zakończonym intensywnym procesie terapeutycznym. Te przypadki są inaczej traktowane niż pozostałe pilne przypadki.

Mamy średnie czasy oczekiwania w rehabilitacji kardiologicznej – od kilku do 300 dni. Są też krótsze czasy. Najdłuższe czasy są w rehabilitacji stacjonarnej, ogólnoustrojowej. Według ostatnich danych Narodowego Funduszu Zdrowia blisko milion osób znajduje się na liście oczekujących na świadczenia zdrowotne w zakresie rehabilitacji, w tym około 60% to są świadczenia w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej. Druga największa grupa, około 15%, to jest rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych. To są główne świadczenia, których Polacy oczekują.

Jeśli chodzi o nakłady na rehabilitację, w 2019 r. wzrosły one o 22% w stosunku do 2018 r. – z 1,3 mld zł do 1,6 mld zł. Niestety w 2020 r. z powodu epidemii i utrudnionego dostępu do świadczeń zdrowotnych w niektórych przypadkach w związku z zaleceniami udostępniania łóżek dla pacjentów covidowych te świadczenia zostały zmniejszone i ich wartość w 2020 r. spadła o 177 mln zł – 11% mniej w stosunku do 2019 r. Głównie to dotyczyło pierwszego półrocza, gdyż wszystkie świadczenia były wykonywane do połowy marca. Praktycznie cały kwiecień był zamknięty, w związku z tym koniec półrocza zamknęliśmy ze stratą 13%. W drugim półroczu było zdecydowanie lepiej, ale była jeszcze strata w wysokości 8%. W 2021 r. widzimy, że się wyrównuje, ale nadal jest minimalnie poniżej 2019 r., czyli świadczenia zdrowotne jeszcze nie zostały odrobione w stosunku do 2019 r. Główne zmniejszenia świadczeń dotyczą rehabilitacji pulmonologicznej i ambulatoryjnej, stacjonarnej. Jedynie zwiększyły się świadczenia w fizjoterapii domowej.

Dla osób starszych sytuacja trochę się polepszyła po wprowadzeniu zmian w ustawie o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności, która zapewniła osobom niepełnosprawnym dostęp do korzystania ze świadczeń poza kolejnością i nielimitowane finansowanie zostało zapewnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Został wyodrębniony oddzielny zakres świadczeń zdrowotnych i świadczeniodawcy po zakończonym okresie rozliczeniowym mogą wnosić o zwiększenie umowy w stosunku do faktycznego wykonania w danym okresie dla tej grupy pacjentów. Wiemy, że część osób w wieku podeszłym ma orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, w związku z tym, dla tych osób sytuacja istotnie się polepszyła.

Jeśli chodzi jeszcze o 2020 r., trzeba zwrócić uwagę, że w tym zakresie Ministerstwo Zdrowia wraz z Krajową Izbą Fizjoterapeutów przygotowało bardzo dobre materiały dla osób w wieku podeszłym w zakresie rehabilitacji domowej i utrzymywania sprawności. To był cykl kilkunastu filmów, które są dostępne na stronie izby, jak również na stronach Ministerstwa Zdrowia i dotyczą poszczególnych typów zestawów ćwiczeń, które mogą być realizowane w domu. To jest jedno z działań, które było zrealizowane w ubiegłym roku przez Ministerstwo Zdrowia. Drugim istotnym zadaniem było przekazanie do realizacji programu „Świadczenia medyczne NFZ dla osób niepełnosprawnych na lata 2020–2021". Około 30 tys. osób skorzystało głównie ze świadczeń fizjoterapeutycznych finansowanych w trybie osobodnia.

Jak powiedziałem, zasadniczo nie ma wyszczególnienia wśród osób w wieku 60+. Oczywiście wiemy, że po faktycznym wykonaniu poszczególnych świadczeń zdrowotnych rehabilitacja jest realizowana przez osoby w wieku podeszłym w bardzo znaczącym procencie. Jeśli chodzi o fizjoterapię domową, to jest nawet 85%, ale rehabilitacja ogólnoustrojowa, kardiologiczna dotyczy około 80%. Jedynie rehabilitacja kardiologiczna hybrydowa to około 50% starszych osób. Wiele osób w młodszym wieku zapada na ostry zespół wieńcowy.

To są główne informacje dotyczące finansowania dostępności do rehabilitacji w ostatnim okresie. Jeśli pojawią się pytania, jestem do dyspozycji.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję panu ministrowi. Witam państwa serdecznie. Przepraszam za moje spóźnienie, ale byłam na posiedzeniu Komisji, w której odbywały się głosowania i Komisja pracowała nad projektem ustawy o rodzinnym kapitale opiekuńczym. Ale już teraz jestem z państwem. Bardzo dziękuję pani przewodniczącej za otwarcie posiedzenia Komisji i poprowadzenie.

Otwieram dyskusję. Czy ktoś z państwa chce zadać pytanie panu ministrowi? Bardzo proszę, pan poseł.

Poseł Rafał Adamczyk (Lewica):

Pani przewodnicząca, panie ministrze, panie i panowie posłowie, szanowni goście. Pan minister w dość przejrzystej formie przedstawił nam temat dotyczący rehabilitacji osób starszych, dostępności, czasu oczekiwania. Pan minister również mówił, że czas oczekiwania jest od kilku, a w niektórych przypadkach nawet do 300 dni. Czy ministerstwo wprowadza jakieś alternatywy i rozwiązania, które umożliwią i skrócą czas oczekiwania w tych wydłużonych okresach, w trudniejszych przypadkach rehabilitacji? Czy planuje się jakieś zwiększenie dostępności usług medycznych w formie rehabilitacji stacjonarnej, niedomowej? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dziękuję panu posłowi Rafałowi Adamczykowi.

Bardzo proszę, pani przewodnicząca Paulina Matysiak.

Poseł Paulina Matysiak (Lewica):

Dziękuję.

Mam pytania przede wszystkim dotyczące funkcjonowania uzdrowisk i sanatoriów. Chciałabym się dowiedzieć, jak wygląda sytuacja osób, które mimo wystawionych skierowań na leczenie uzdrowiskowe i rehabilitację nie mogły z niej skorzystać podczas pandemii? Czy państwo mają dane, ile osób skorzystało z rehabilitacji, z pobytu w uzdrowiskach w późniejszych terminach? Wiemy, że pierwszy okres pandemii był bardzo trudny i wiele obiektów było zamkniętych i nie funkcjonowało tak jak normalnie.

Druga kwestia. W tabelach porównawczych, które otrzymaliśmy, widać ogromny spadek zakontraktowanych skierowań w latach 2020–2021 w stosunku do lat poprzednich. Co prawda pan minister mówił, że zasadniczo nie ma danych dotyczących osób w wieku powyżej 60 lat, ale chcę się dowiedzieć, czy brak możliwości skorzystania z tej formy leczenia uzdrowiskowego, który był spowodowany pandemią, wpłynął na ogólną ocenę stanu zdrowia osób po 60. roku życia? Czy w ogóle zaobserwowano jakieś skutki braku dostępności do tego typu leczenia dla tej grupy wiekowej?

Najważniejsze pytanie, bo nie znalazłam odpowiedzi w materiałach, które były przygotowane dla nas na dzisiejsze posiedzenie – jaki jest czas oczekiwania na miejsce w sanatorium? Wydaje mi się, że to jest istotna kwestia, bo spada liczba zgłoszeń na takie wyjazdy. Pytanie, w jaki sposób NFZ zachęca pacjentów do tego, żeby nie rezygnowali z pobytów w sanatoriach i czy faktycznie jakieś działania były podjęte. Wydaje mi się, że czas pandemii mógł wystraszyć, jeśli chodzi o takie wyjazdy, pobyty. To jest leczenie, z którego łatwo zrezygnować, to nie jest jakaś nagła sytuacja jak pobyt w szpitalu, gdzie nie mamy wyjścia. Tutaj można to odłożyć w czasie i to też ma wpływ na zdrowie Polaków.

Bardzo proszę o odpowiedź. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję.

Czy ktoś jeszcze z państwa posłów chciałby zabrać głos? Bardzo proszę, pani poseł Barbara Dziuk, a potem pan poseł Władysław Kurowski.

Poseł Barbara Dziuk (PiS):

Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni państwo, chcę przede wszystkim podziękować za pracę uzdrowisk w czasie pandemii. Nie zapominajmy, że ta statystyka odzwierciedla wielki problem, w którym znalazła się nie tylko Polska, ale cały świat. Mówiąc, że jest mniejsze wykonanie działań sanatoriów, trzeba uwzględnić czas pandemii, kiedy były podejmowane decyzje dotyczące leczenia, ale później przywracania do zdrowia osób, które nie potrafiły chodzić, były w bardzo trudnej sytuacji zdrowotnej i trzeba było uruchomić rehabilitację dla ozdrowieńców pocovidowych, którzy byli przewożeni z trudnych przypadków. Chcę bardzo podziękować konsultantowi krajowemu, który sprostał wielkim wyzwaniom. Mogę to powiedzieć, dlatego że byłam trudnym przypadkiem, gdyż nie potrafiłam chodzić, wykonywać żadnych czynności życiowych. Tylko dzięki rehabilitacji i współpracy z lekarzami zarówno ja, jak i wiele osób wokół mnie po przebytej bardzo ciężkiej chorobie covidowej mogliśmy stanąć na nogi. Zatem chcę podziękować, bo to było wyzwanie dla wszystkich – dla chorych, ale także dla Ministerstwa Zdrowia. Mamy już doświadczenia, wiemy, jak kierować pracami, aby usprawnić rehabilitację, która jest bardzo potrzebna w różnych przypadkach, nie tylko przy COVID-19.

Mam pytanie do pana ministra, czy doświadczenia, które zdobyliśmy przez dwa lata – jak one wpływają na podejmowane działania w ministerstwie? Jakie są priorytety? Co jeszcze możemy poprawić przy wspólnym dialogu?

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, pani poseł. To jest bardzo ważne pytanie.

Poproszę pana posła Władysława Kurowskiego o zabranie głosu.

Poseł Władysław Kurowski (PiS):

Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni państwo, niewątpliwie wszyscy wiemy, że popyt na świadczenia rehabilitacyjne jest w Polsce bardzo duży, stąd informacja pana ministra, która pokazuje, że w ostatnim czasie zostały znacząco zwiększone środki na działania rehabilitacyjne. To jest ważna informacja. Natomiast moje pytanie może wydawać się trywialne. Chcę zapytać, w jaki sposób wzrost kwoty wpłynął na pacjentów, czym to się dziś przejawia. To jest jedno pytanie.

Od lipca zostały zniesione limity na świadczenia. Pytanie, czy również to dotyczy świadczeń rehabilitacyjnych. Jeżeli tak, czy widzimy jakąś tendencję do zmniejszenia się kolejki w związku ze zniesieniem limitów?

Jeszcze jedno pytanie. Czy ministerstwo przewiduje zwiększenie kontraktowania świadczeń dla podmiotów, które w tym pierwszym, podstawowym rozdaniu, mówiąc kolokwialnie, nie załapały się na wykonywanie świadczeń, a mogłyby to robić? To mogłoby zmniejszyć kolejki do tych świadczeń.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Czy ktoś jeszcze z państwa posłów? Jeśli nie, poproszę pana ministra o odpowiedź. Po udzieleniu odpowiedzi zapytam gości, czy mają jakieś pytania.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Bardzo dziękuję. Jeśli chodzi o pierwszą kwestię, skracanie okresu oczekiwania na świadczenia zdrowotne, faktycznie czasy, które podałem, są średnie. Tutaj jest bardzo istotny element, żeby z tych średnich czasów dokładnie dookreślić, które są istotne, a które mniej istotne. Często jest tak, że pacjent, który miał rehabilitację w dniu dzisiejszym, później jest zapisany na kolejną rehabilitację za rok, w związku z tym on jest de facto w planie leczenia, ale jest wykazywany jako osoba oczekująca. Najważniejsza dla nas jest rehabilitacja poudarowa, która przywraca w istotny sposób do zdrowia, rehabilitacja po zabiegach, po wypadkach komunikacyjnych. Pracujemy, żeby te świadczenia były realizowane zgodnie z planem leczenia i nie tylko żeby był właściwy czas oczekiwania i rehabilitacja była realizowana w jak najlepszy sposób. Z krajowym konsultantem staramy się dbać o jakość. Mówimy o ostrej rehabilitacji, ale oczywiście jest przygotowywany plan zmiany w zakresie całej rehabilitacji, bo dla niektórych pacjentów jest ona podstawowym leczeniem obok leczenia farmakologicznego. Mamy wiele grup – mózgowe porażenie dziecięce i wiele innych chorób dziecięcych związanych z ustawą „Za życiem", wiele chorób przewlekłych, autoimmunologicznych, reumatoidalne zapalenie stawów czy łuszczycowe zapalenie stawów, choroby neurologiczne, jak stwardnienie rozsiane. Dla tych osób rehabilitacja jest podstawową metodą leczenia i te osoby standardowo cały czas powinny mieć dostęp do rehabilitacji. Głównie pracujemy nad tym, żeby te osoby miały dostęp do rehabilitacji, a dodatkowo planujemy podstawową opiekę fizjoterapeutyczną w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Oczywiście mówiłem tutaj o filmach, ale to jest bardzo istotny element. Po zakończonej rehabilitacji kardiologicznej pacjenci muszą dbać o siebie, muszą od siebie wymagać. To jest bardzo istotne w podeszłym wieku, żeby zwiększyć motywację tych osób do samodzielnego prowadzenia aktywnego trybu życia, do aktywnej rehabilitacji. Zresztą to samo jest we wszystkich jednostkach chorobowych, o których wcześniej wspomniałem. Rehabilitacja w trybie stacjonarnym – maksymalnie dwa, trzy tygodnie w ciągu roku, a pozostały okres to jest codzienna rehabilitacja w domu. Pacjent sam musi o tym pamiętać, w przeciwnym razie stan zdrowia może się pogorszyć.

Jeśli chodzi o pytania pani przewodniczącej Pauliny Matysiak dotyczące lecznictwa uzdrowiskowego, to faktycznie w roku ubiegłym i na początku tego roku zostało ono zamknięte decyzjami administracyjnymi, czyli w znaczącej mierze realizacja tego świadczenia zdrowotnego była zawieszona. Od 14 marca do 14 czerwca była całkowicie zawieszona możliwość skierowania i zakaz realizacji świadczeń. Później te świadczenia częściowo nie były realizowane w strefach czerwonych, na przykład w powiecie nowosądeckim. W sierpniu również była zawieszona działalność. Oczywiście podczas drugiej fali od października do 11 marca bieżącego roku też było wstrzymanie. Bardzo mocno pracowaliśmy, aby uruchomić uzdrowiska, żeby jak najszybciej dać dostępność pacjentom i doprowadzić uzdrowiska do normalnej działalności. Udało nam się od 11 marca. To było wcześniej niż normalne usługi hotelowe, zatem w tym zakresie ośrodki mogły normalnie działać i przyjmować pacjentów. Oczywiście realizowaliśmy to w trybie sprawdzania pacjentów pod kątem COVID-19. Na początku w każdym zakresie to było świadczenie finansowane poprzez diagnostykę, czy pacjent jest chory, zakażony, czy nie i było sprawozdawane cztery dni przed wyjazdem. Jednak był problem i nawet gdy uruchomiliśmy te skierowania, mieliśmy dużo odmów i obłożenie nie było pełne. W ubiegłym roku świadczenia były niezrealizowane w znaczącej mierze i nie z winy uzdrowisk. Było to również związane z tym, że osoby nie chciały się leczyć.

Jeśli chodzi o pilne świadczenia rehabilitacyjne, w tym roku, od kwietnia, NFZ uruchomił rehabilitację pocovidową dla pacjentów. Przyjęliśmy całkiem wysoką wycenę w stosunku do innych rodzajów rehabilitacji. Oczywiście, jak usłyszeliśmy, pani poseł wymagała niezbędnej rehabilitacji. Część osób po przebytym COVID-19 nie potrzebowało rehabilitacji. Ja również chorowałem i według lekarzy nie potrzebowałem. Dla

niektórych to jest bezwzględnie konieczne, dla innych nie ma takiej potrzeby. Jaki jest czas oczekiwania? System trochę nam się rozjechał. W ubiegłym roku lista wystawionych skierowań na leczenie uzdrowiskowe była zdecydowanie niższa niż w poprzednich latach. Liczba skierowań, które wpłynęły do poszczególnych oddziałów wojewódzkich w poszczególnych latach, przykładowo, dolnośląskie: w 2018 r. – 53 tys., 2019 r. – 41 tys., 2020 r. – tylko 15 tys. W związku z tym widać, że wpływ skierowań był drastycznie ograniczony.

Ważna informacja – pracujemy bardzo mocno z polskimi uzdrowiskami, z parlamentarnym zespołem do spraw uzdrowisk pod przewodnictwem pana Patryka Wichera. Po pierwsze, uzgodniliśmy bardzo wysoki wzrost na uzdrowiska w przyszłym roku, pierwszy raz tak wysoki wzrost procentowy, który ma być ukierunkowany na dwa cele. Połowa tego istotnego wzrostu ma być przeznaczona na zwiększenie wycen rehabilitacji uzdrowiskowej. Druga część – na dokupienie usług, osobodni dla pacjentów. W pierwszej kolejności będziemy zwiększali liczbę świadczeń w uzdrowiskach, sanatoriach, które mają jeszcze wolne zasoby i chcą sprzedać łóżka dla Narodowego Funduszu Zdrowia. W przypadku, jeśli nie będzie takiej podaży świadczeń, NFZ będzie dodatkowo kontraktował świadczenia, żeby uzupełnić bazę dla pacjentów.

Jeśli chodzi o kolejne pytania, mówiłem pani poseł Dziuk o rehabilitacji pocovidowej, która cały czas jest jeszcze utrzymana. Chciałbym, żebyśmy w końcu rozpoczęli istotne zmiany w rehabilitacji, które planujemy, dotyczące świadczeń dedykowanych poszczególnym schorzeniom, jak również podstawowej opieki fizjoterapeutycznej. Odnosząc się do pytania pana posła Władysława Kurowskiego – zarówno podaż, jak i popyt w ubiegłym roku były istotnie zmniejszone, zresztą w tym roku również. Staramy się zwiększyć ilość zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji w uzdrowiskach, o czym już wcześniej mówiłem, i w określonym trybie zrobić dostępność w pełnym zakresie, aby nie było w ogóle czasu oczekiwania. Wydaje się mi, że bezlimitowe świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dotyczą wszystkich rodzajów świadczeń. Nie, poza rehabilitacją. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna jest bezlimitowa, ale rehabilitacja jest wyodrębniona, tak jak psychiatria.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dziękuję panu ministrowi.

Teraz mam pytanie – czy ktoś z zaproszonych gości chciałby zabrać głos? Jako pierwszy zgłosił się pan Kordian Kulaszewicz, przedstawiciel Rady ds. Polityki Senioralnej przy ministrze rodziny i polityki społecznej. Bardzo proszę.

Prezes Fundacji Adaptacja, członek Rady ds. Polityki Senioralnej przy ministrze rodziny i polityki społecznej Kordian Kulaszewicz:

Pani przewodnicząca, witam wszystkich posłów i gości.

Pani wiceprzewodnicząca zapytała, czy jest jakiś program promocji sanatoriów. Myślę i wiem z praktyki, że seniorzy bardzo chcą wyjechać do sanatorium. To jest ich rozrywka, mówiąc żartobliwie. Dzisiaj seniorzy zdają sobie sprawę ze swojego stanu zdrowia. W okresie, o którym mówimy, pojawił się fake news, że osoby, które nie są zaszczepione, nie mogą wysłać zaświadczenia do placówek NFZ. To był fake news, z którym walczyliśmy, a seniorzy czekali na szczepienia. Myślę, że to wszystko idzie w dobrym kierunku. Jestem bardzo wdzięczny ministrowi, że pocovidowe leczenie idzie sprawnie, o czym mówiła pani poseł Dziuk. Dziękuję również za to, że ucierpiało tak mało seniorów.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję.

Bardzo proszę o zabranie głosu pana profesora Piotra Majchera, konsultanta krajowego do spraw rehabilitacji medycznej. Bardzo proszę, panie profesorze.

Konsultant krajowy do spraw rehabilitacji medycznej Piotr Majcher:

Panie ministrze, szanowni państwo, bardzo serdecznie dziękuję za zaproszenie i możliwość uczestniczenia w tym posiedzeniu. Pomimo, że jestem konsultantem do spraw

rehabilitacji medycznej, bardzo żywo interesuję się również leczeniem uzdrowiskowym i rehabilitacją uzdrowiskową, co według wspólnego konsensusu z lekarzami balneologami powinno być połączone w jeden system wzajemnie się przeplatający i przekładający się na pacjenta. Szpitale uzdrowiskowe powinny być bardziej dedykowane pacjentom po ostrej fazie choroby, leczeniu operacyjnym, natomiast sanatoria w schorzeniu przewlekłym dla tych pacjentów, szczególnie seniorów. Z jednej strony rehabilitacja ogranicza ich niepełnosprawności, pozwala wyzdrowieć, ale pamiętajmy, że poprawia ich jakość życia, która jest niezmiernie ważna. Nie zawsze możemy odwrócić chorobę, ale możemy spowodować, że oni będą bardziej szczęśliwi, jakość życia będzie dużo wyższa.

Było pytanie na temat inwestycji w rehabilitację. Takich pieniędzy, jakie w ostatnich trzech latach dostała rehabilitacja na wyposażenie, co bezpośrednio przekłada się na poprawę jakości, jeszcze nigdy nie było. W tej chwili to jest w granicach 24 mln zł. Rehabilitacja nigdy nie miała takich pieniędzy. To jest rehabilitacja neurologiczna i onkologiczna. Dzisiaj sprzęt do rehabilitacji odgrywa ogromną rolę. To nie są tylko ręce wykształconego terapeuty, psychologa, logopedy, to nie jest tylko lekarz, ale musi działać cały zespół. Nie było takich pieniędzy. Oddziały w Polsce mogły być doposażone. W tej chwili kończymy drugi przetarg onkologiczny. Przepraszam, 34 mln zł w ciągu ostatnich trzech lat przeznaczono na wyposażenie. Zatem to jest ogromna sprawa dla pacjentów. Chcę jeszcze podkreślić, że to są urządzenia bezpieczne dla osób w podeszłym wieku. To nie są stare urządzenia, które mogły spowodować różnego rodzaju złamania patologiczne, uszkodzenia tkanek. To są urządzenia, które w bezpieczny sposób pozwalają rehabilitować pacjentów.

Kolejnym elementem, którego do tej pory nie było, jest program w Agencji Badań Medycznych na stworzenie wyrobu medycznego ze sztuczną inteligencją, który miałby wspomóc osoby głównie w rehabilitacji domowej, w monitorowaniu funkcji życiowych, ruchowych. To jest najtrudniejszy element. Do tej pory tego nie było. O ile kardiologia sobie radzi – to jest kwestia ciśnienia tętna, monitorowania EKG – o tyle w narządzie ruchu czy schorzeniach neurologicznych to musi być bardziej skomplikowane. W tych urządzeniach powinny być sprawdzane parametry pokazujące, z jaką siłą, w jakim zakresie starsza osoba ćwiczy w domu, aby móc interweniować w każdej chwili. Oczywiście jest problem związany z wyceną świadczeń. Te świadczenia od początku istnienia nie były nigdy nowelizowane. Proszę państwa, jeden punkt jest wyceniany około złotówki. To jest za mało co najmniej o połowę. Wiem, że może się rozpędziłem, ale jeśli dofinansujemy rehabilitację w tym względzie, czyli zrobimy wycenę przez Agencję Badań Medycznych czy zwiększymy punkt, spowoduje to kolejne podniesienie jakości. W tej chwili dochodzimy do krytycznego punktu i może skończyć się cierpliwość dyrektorów szpitali, w których funkcjonują oddziały rehabilitacji. Niestety te odziały są deficytowe. W pewnym momencie możemy zobaczyć, że te oddziały są przekształcane w innego rodzaju oddziały przez dyrektorów publicznych szpitali. To nie jest tylko problem szpitali niepublicznych. To mogłoby być niebezpieczne. Dlatego sygnalizuję, że trzeba coś z tym zrobić. Wielokrotnie rozmawialiśmy, że to jest ogromny problem. Podobnie dotyczy to oddziałów dziennej rehabilitacji, fizjoterapii ambulatoryjnej. W sobotę byłem na XV sympozjum Jesiennych Dni Fizjoterapii, gdzie wyliczono, że fizjoterapeuta, wykonując najbardziej punktowany zabieg, jest w stanie zarobić na 2/3 swojej pensji rocznej. Zatem to jest problem, który może spowodować utratę miejsc pracy, zmniejszenie puli dostępnych gabinetów fizjoterapeutycznych czy ośrodków i zakładów rehabilitacji. Tak samo zmniejszenie wagi punktowej fizykoterapii (dla seniorów to są podstawowe zabiegi) może spowodować, że gabinety fizjoterapii czy ośrodki rehabilitacyjne, które mają płacone od zabiegu, nie będą chciały wykonywać tego rodzaju zabiegów, co również może spowodować złe tendencje dostępności do tych świadczeń. Co innego ośrodek dzienny, w którym płaci się za osobodzień, a co innego oddział stacjonarny, w który jest opłata w związku z jednorodnymi grupami pacjentów, również płaci się za osobodzień. Tamte zabiegi można połączyć, ułożyć program, natomiast może być problemem w ogólnej dostępności, gdzie fizjoterapia ambulatoryjna jest rozbudowana i seniorzy chętnie z niej korzystają. To nie jest tylko zabieg, który działa przeciwzapalnie, przeciwbólowo, ale to jest obniżenie ilości koniecznie przyjmowanych leków. Niezmiernie ważne jest również wyjście z domu,

spotkanie się z innymi osobami, co działa niezmiernie terapeutycznie. O tym musimy pamiętać. Oczywiście fizjoterapia domowa jest niezbędna, ale to jest dla osób, które mają trudności w lokomocji i nie są w stanie dotrzeć do gabinetów. Natomiast każde wyjście seniora z domu ma podwójną wagę.

To wszystko, co chciałem powiedzieć, chyba że są do mnie jakieś pytania – chętnie wyjaśnię.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, panie profesorze. Na razie będziemy zbierali pytania adresowane do pana ministra. Bardzo dziękuję za poruszenie tego ważnego aspektu. Przedstawił pan wieloaspektowo problematykę świadczeń rehabilitacyjnych, dedykowanych przede wszystkim seniorom, chociaż wiemy, że one są adresowane w ogóle do osób potrzebujących tego typu rehabilitacji.

Bardzo proszę, pan Jerzy Płókarz z Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej. Potem pani doktor Alicja Kaczorowska i pan doktor Rafał Sapuła. Bardzo proszę.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Dziękuję, pani przewodnicząca.

Wysoka Komisjo, panie ministrze, szanowni państwo, chcę przypomnieć o dwóch problemach. Pierwszy problem to pójście na rękę seniorom, jeżeli dwie osoby zwracają się z prośbą, aby skierować je razem do sanatorium. Spotykamy się z przypadkami, że jedna osoba ma kłopoty z poruszaniem się, a druga dysponuje samochodem. Ponieważ obie osoby znają się, chciałyby zostać skierowane do jednej placówki. Często bywa z tym duży problem, a wydaje mi się, że można pójść na rękę takim seniorom.

Drugi problem, z którym się spotkaliśmy. Jedna z seniorek, która ma jeszcze żyjącą mamę, otrzymała skierowanie w danym terminie do sanatorium, ale w tym okresie nie mogła zostawić samej mamy, która wymaga ciągłej opieki. NFZ uznał, że nie skorzystała z sanatorium i to z jej winy. Prośba, aby tego typu sytuacje uznawano za usprawiedliwione niewykorzystanie i umożliwiono przesunięcie terminu. Jeżeli ta pani była w wieku powyżej 60 lat, wiadomo, że jej mama musiała być w mocno podeszłym wieku. W ocenienie naszej organizacji, która walczy o prawa człowieka, nie można dyskredytować takiej osoby i uznawać, że obowiązek i chęć opieki nad matką w podeszłym wieku stanowi nieusprawiedliwione niewykorzystanie skierowania.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję.

Bardzo proszę, pani doktor Alicja Kaczorowska, ekspert Komisji.

Stały doradca Komisji Alicja Kaczorowska:

Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni państwo, chcę zatrzymać się na problemie rehabilitacji domowej w kontekście opieki w hospicjum domowym. Te dwa zakresy świadczeń wykluczają się. Chory, który jest pod opieką hospicjum, na czas rehabilitacji domowej musi być wypisany z tego hospicjum. Wtedy nie jest odwiedzany ani przez lekarza, ani przez pielęgniarkę. Cała kontrola objawów fizycznych nie dokonuje się. W okresie pocovidowym wielu pacjentów też doświadczyło zachorowania i na ich podstawową chorobę nałożyły się konsekwencje pocovidowe, często utrudniając im poruszanie się z powodu mniejszej wydolności oddechowej. Mam pytanie. Pacjenci, zgadując, co będzie dla nich ważniejsze, albo na zasadzie przypadku często rezygnują z rehabilitacji domowej. Oni często wymagają fizjoterapii oddechowej. Rehabilitant, który jest zatrudniony w hospicjum, nie jest w stanie ogarnąć wszystkich pacjentów w dobie pocovidowej, bo wcześniej tych objawów było mniej, dlatego że osoby chorowały na zasadniczą chorobę i czas, który poświęcał im rehabilitant, był dostateczny. Okazuje się, że po przechorowaniu COVID-19 wiele osób wymaga fizjoterapii oddechowej i usprawniania ruchowego, w związku z tym jest pewna kolizja, nie wiadomo, z czego zrezygnować. Czy Ministerstwo Zdrowia nie mogłoby przewidzieć rozwiązania, żeby w tym czasie

w uzasadnionych przypadkach pozwalać, aby pacjenci mogli otrzymywać jedno i drugie świadczenie w domu?

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dziękuję.

Proszę o zabranie głosu pana doktora Rafała Sapułę, również eksperta Komisji.

Stały doradca Komisji Rafał Sapuła:

Szanowne panie przewodniczące, panie ministrze, szanowni państwo, chcę nawiązać do wypowiedzi pana profesora Majchera i zwrócić uwagę na zawirowania dotyczące wyceny z zakresu fizykoterapii. Zarządzenie prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 65/221 powoduje znaczne obniżenie wartości wyceny zabiegów fizykoterapeutycznych i nieznaczne podniesienie zabiegów z zakresu kinezyterapii. To oczywiście jest jak najbardziej zasadne, jeśli chodzi o podniesienie wyceny. Natomiast jeżeli chodzi o obniżenie wyceny fizykoterapii, obawiam się, że to może spowodować komercjalizację tych usług, bo podmioty nie będą zainteresowane ordynowaniem tego typu zabiegów i niestety pacjenci będą zmuszeni do korzystania z komercyjnych usług. W tym miejscu chcę podziękować pani przewodniczącej poseł Borowiak za interpelację, którą złożyła do Ministerstwa Zdrowia w tej sprawie. Pytanie, czy jest jakakolwiek szansa, panie ministrze, że od stycznia, bo została przesunięta realizacja tego świadczenia, będzie można powrócić do wartości wyceny punktowej z zakresu fizykoterapii, jaka w tym momencie istnieje.

Drugie pytanie dotyczy limitów przyjęć pacjentów w poradni rehabilitacyjnej w ośrodkach rehabilitacji dziennej. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna została uwolniona z tych limitów, natomiast obecnie obserwujemy w rehabilitacji bardzo duże natężenie przyjęć pacjentów. To jest prawdopodobnie spowodowane tym, że pacjenci zaszczepili się, poczuli się bezpieczniej i chcą nadrobić straty zdrowotne z pandemii. Przyjmujemy ich zdecydowanie więcej niż wcześniej. Widzę to na przykładach ośrodków, z którymi współpracuję. Czy jest szansa, że będziemy mieli zrefundowaną przynajmniej część nadwykonań? Czy są przewidywane środki, żebyśmy mogli, podobnie jak w przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zapewnić wszystkim pacjentom tę opiekę?

Kolejne pytanie dotyczy programu „Świadczenia medyczne NFZ dla osób niepełnosprawnych”. Ten program rzeczywiście przyjął się bardzo dobrze, cieszy się dużym zainteresowaniem wśród osób z lekkim i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, pozwala podnieść jakość życia, poprawić sprawność, szybciej wrócić do pracy. Program jest przewidziany na lata 2020–2021. Czy państwo zamierzają go kontynuować?

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję.

Czy ktoś z gości chciałby jeszcze zabrać głos? Na koniec, bardzo proszę, pan przewodniczący Michał Szczerba.

Poseł Michał Szczerba (KO):

Pani przewodnicząca, panie ministrze, Wysoka Komisjo, nie pierwszy raz zajmujemy się rehabilitacją, leczeniem uzdrowiskowym, funkcjonowaniem uzdrowisk i sanatoriów. Pan doktor Sapuła w zeszłej kadencji był współautorem dezyderatu, który Komisja podjęła w tej sprawie. Tam pojawiło się zobowiązanie rządu wobec rozwiązania problemu tzw. niedojazdów pacjentów na leczenie uzdrowiskowe. Wówczas szacowaliśmy niedojazdy, czyli brak korzystania z potwierdzonego skierowania z terminem, na około 10% osób, co powodowało, że te miejsca nie były wykorzystywane. Pytanie do pana ministra Miłkowskiego, jak ta sytuacja wygląda obecnie, po kilku latach od wytycznej, którą próbowaliśmy sformułować i uwrażliwić ministerstwo w tym obszarze.

Druga sprawa dotyczy wycen, w szczególności usług związanych z rehabilitacją. Kiedy ostatni raz wycena usług, o których państwo wspominali, była zrobiona? Czy w najbliższej perspektywie Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji też będzie podejmowała aktualizację, aby niedoszacowanie kosztów związanych z rehabilitacją nie było tak znaczące jak obecnie?

Jeszcze jedno pytanie, panie ministrze. Pan, który siedzi naprzeciwko pana ministra, mówił o inwestycjach w rehabilitację. Czasami sam sprzęt nie wystarczy, potrzebne

są kadry medyczne. Jak to wygląda w tej chwili? Interesuje mnie to zagadnienie na terenie m.st. Warszawy w placówkach publicznych i niepublicznych. Można powiedzieć, że na lekarza, który kieruje na rehabilitację, niezależnie, czy to jest ortopeda, czy specjalista od fizjoterapii, dyrektorzy placówek dmuchają, chuchają, żeby nie zmienił miejsca pracy, bo czasami na tym lekarzu spoczywa główny ciężar obowiązków. To są oczywiście fizjoterapeuci i inni pracownicy, którzy realizują świadczenia, usługi. Czy pan minister dostrzega tutaj zagrożenie? Jeżeli tak, jakie działania zapobiegawcze resort planuje w tym zakresie?

Ostatnie, bardzo konkretne pytanie. Jeżeli pan minister nie będzie w stanie dzisiaj odpowiedzieć, to poproszę na piśmie. Mówiło się dużo, szczególnie po pandemii, o tak zwanej rehabilitacji postcovidowej. Mnóstwo ludzi ma różnego rodzaju schorzenia, problemy pulmonologiczne. Czy na bazie istniejących w czasie pandemii tak zwanych szpitali tymczasowych powstał jakiś ośrodek rehabilitacji postcovidowej? Były różne zapowiedzi. W związku z powyższym chciałbym uzyskać potwierdzenie od pana ministra, w których placówkach tymczasowych odbywa się taka rehabilitacja, w jakim zakresie i z udziałem jakiej liczby pacjentów.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję. Oczywiście poproszę pana ministra o udzielenie odpowiedzi, natomiast jeśli chodzi o pytanie pana przewodniczącego Szczerby, mam prośbę. Pan minister nie musi dzisiaj udzielać odpowiedzi, bo to może być odpowiedź na piśmie. Zdaję sobie sprawę, że pan minister może nie dysponować szczegółowymi danymi. Jeśli odpowiedź byłaby na piśmie, posłów uczestniczących w pracach naszej Komisji będzie interesowała informacja dotycząca nie tylko m.st. Warszawy, ale całego kraju. Przypominam, że od 2016 r. systematycznie zwiększane są limity przyjęć na studia medyczne. One wzrosły o 50%. To było jedno z pierwszych pilnych działań podjętych przez ówczesnego ministra zdrowia pana Konstantego Radziwiłła. Pamiętam, bo to było jedno z pierwszych pytań, jakie zadałam w ramach tzw. bieżących pytań dotyczących kadr medycznych. Dzisiaj, jeśli chodzi o kadry medyczne, mamy zdecydowanie więcej lekarzy i pielęgniarek. Przypominam, że w 2018 r. liczba pielęgniarek, które się wykształciły, odebrały prawo wykonywania zawodu, rzeczywiście się zwiększyła. Wciąż potrzeba zasilenia kadr medycznych, jednak kształcenie lekarzy trwa minimum sześć lat. Nie mówię o specjalizacjach. Tak, jeśli weźmiemy pod uwagę dalsze kształcenie, które jest wymagane do specjalizacji, to jest 11 lat. Mówię o minimum, żeby móc stanąć przy pacjencie i udzielić pomocy.

Panie ministrze, proszę o odpowiedź. Było dużo pytań. Jeśli pan minister nie jest w stanie udzielić wszystkich odpowiedzi, proszę zasygnalizować, na które pytania pan udzieli odpowiedź w formie pisemnej. Dziękuję.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Dziękuję. Odpowiem po kolei.

Na początku głos zabierał pan profesor, konsultant krajowy w zakresie rehabilitacji. Dziękuję panu profesorowi, bo jak pan powiedział, nie jest pan specjalistą tylko z zakresu rehabilitacji. Ostatnio spotkaliśmy się na warsztatach, pracach związanych z reorganizacją systemu lecznictwa uzdrowiskowego i pan profesor zwracał uwagę bardzo mocno na proces rehabilitacji w tych podmiotach w czasie leczenia uzdrowiskowego, ponieważ te dwa zakresy razem się wspierają. Dlatego dziękuję panu profesorowi. Pan profesor głównie skupił się na inwestycjach, na nowych projektach doposażenia, ale istotnym elementem jest to, co pan powiedział, a później pan przewodniczący Szczerba, w zakresie wycen świadczeń zdrowotnych, rehabilitacyjnych. Muszę powiedzieć, że chyba nigdy świadczenia rehabilitacyjne nie zostały wycenione przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, która jest dedykowana do realizacji świadczeń zdrowotnych. Świadczenia zdrowotne są taryfikowane przez agencję zgodnie z planem taryfikacji, a rehabilitacja nie została jeszcze taryfikowana. Zmiany w najbliższym czasie, czyli to, co jest planowane, zostały odsunięte na 1 stycznia przyszłego roku. Mamy też przygotowaną wstępną nową propozycję. Zastanawialiśmy się z panem profesorem Majcherem, jak zmniejszyć wycenę rehabilitacji, fizykoterapii, urządzeń. Na pewno chcemy mocno wesprzeć świad-

czenia sam na sam z pacjentem, świadczenia związane z masażem, z kinezyterapią grupową i nie wzmacniać fizykoterapii, gdzie jeden fizykoterapeuta może jednorazowo włączyć w urządzenia kilkunastu pacjentów. Tutaj chcemy, żeby w planie leczenia pacjent nie tylko miał wykonywanych 10 soluksów i różne typy zabiegów, tylko żeby jego stan poprawił się. Jest oczekiwany plan, na wstępie jest badanie według stanu funkcjonalnego i co pacjent powinien osiągnąć po rehabilitacji. Taki jest nasz cel. Zasadniczo nie chcemy płacenia tyko za wykonane zabiegi, ale za efekt terapeutyczny pacjenta. Jeśli chodzi o wycenę, mam nadzieję, że te wyceny zostaną przygotowane w przyszłym roku, w szczególności interesuje nas rehabilitacja istotna, która jest związana z procesem leczenia. W wielu zakresach mamy bardzo dobrze wycenione świadczenia zabiegowe, a trochę zapomina się o rehabilitacji. Świadczenie zabiegowe bez rehabilitacji w wielu zakresach jest niepełne i nieistotne. Pacjent musi być sprawny po zabiegu.

Jeśli chodzi o pytania pana Płókarza, miałem takie zgłoszenia, kiedy pracowałem w Narodowym Funduszu Zdrowia. Zawsze wydawało mi się, że jeśli coś nie jest zabronione, można pójść na rękę pacjentom. Jeśli dwie osoby są kierowane razem w tym samym terminie, nie widzę takich problemów. To nie jest związane z czasem oczekiwania, że ktoś czeka pół roku i chce w tym samym terminie, co osoba, która dzisiaj się zapisała. Muszę to ustalić z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Powiem jeszcze o pracach zespołu, odpowiadając na pytania pana przewodniczącego, i może w tym zakresie dojdziemy do porozumienia. To samo odnosi się do drugiego pytaniem, dotyczącego opieki nad osobą starszą. Taka sytuacja występuje w opiece hospicyjnej. Bardzo często opieka hospicyjna powinna być połączona jednoczasowo – pacjent może być pod opieką w trybie hospicjum domowego, ale czasami rodzina potrzebuje wytchnienia, wyjechania na urlop i w tym czasie pacjent może być przekazany do hospicjum stacjonarnego na dwa, trzy tygodnie. Tutaj widzę ten sam problem. Osoby, które chcą wyjechać, mogą to zrobić, a opieka wytchnieniowa powinna być w jakiś sposób zapewniona, na przykład w formie zakładu opiekuńczo-leczniczego na krótki okres. Nie wiem, być może musimy nad tym popracować.

Pani doktor Kaczorowska zwróciła uwagę na niemożliwość rozliczenia dwóch rodzajów świadczeń zdrowotnych. W Narodowym Funduszu Zdrowia są walidatory rozliczeń poprzez poszczególne produkty – trudno jest być w szpitalu i w tym czasie dodatkowo rehabilitować w trybie rehabilitacji kardiologicznej, to trochę się wyklucza. Przecież nie mamy żadnych walidatorów na to, że pacjent jest w szpitalu… Jest tak, że niektóre walidatory nie są uzasadnione. Wydaje mi się, że w opiece hospicyjnej nie ma mocnego zakresu, żeby rehabilitacja ambulatoryjna była wykluczona. Mówię pod kątem, że w domowej opiece hospicyjnej celem nie jest rehabilitacja pacjentów, nie ma tego zakresu w rehabilitacji hospicyjnej, w związku z tym, wydaje mi się, że powinna być możliwość dopuszczenia tych dwóch typów, bo to są podstawowe rodzaje świadczeń. W wielu zakresach, jeśli pacjent jest w hospicjum, jeśli jest zakończony intensywny proces terapeutyczny, nie realizujemy procesu naprawczego, intensywnego, bo tak uznaliśmy. Jednak wszystkie pozostałe świadczenia, które nie są z tym związane, na przykład żywienie pozajelitowe, mogą być w jednym czasie. Być może trzeba to zmienić. Nie słyszałem o tym problemie, zwrócę na to uwagę. Od dawna nie nadzoruję Narodowego Funduszu Zdrowia i tego zakresu świadczeń, ale zwrócę na to uwagę. Pracowaliśmy z panią doktor w poprzedniej kadencji i wiemy, że pani doktor zawsze ma rację.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, panie ministrze, że pan zwróci na to uwagę. Jeśli mogę wejść w słowo, bo zauważyłam, że pani doktor Kaczorowska chciała jeszcze zabrać głos. Pani poseł, to już chyba nie jest potrzebne, jeśli pan minister powiedział, że zwróci na to uwagę, uprzejmie poproszę i dziękuję. Proszę o kontynuowanie.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Kolejne pytania dotyczyły pana doktora Sapuły w sprawie wycen. Zobaczymy 1 stycznia, bo wyceny mogą jeszcze się zmienić. Zatem nie przywiązywałbym się do wycen, które są aktualnie z odroczonym terminem wejścia w życie. Jeśli chodzi o limity, jak mówiliśmy, nie jestem pewny. Jeśli chodzi o rehabilitację, nie mogę zagwarantować, jak

wygląda proces zwiększania wartości umów w zakresie lecznictwa rehabilitacji ambulatoryjnej. Wydaje mi się, że w tym roku nadal mamy problemy z wykonaniem świadczeń, w związku z tym powinniśmy być jako resort czy Narodowy Fundusz Zdrowia do wykonywania świadczeń zdrowotnych… Zatem wydaje się mi, że nie powinniśmy mieć niezapłaconych świadczeń, bo wiele podmiotów ma niedowykonania i cały czas się z tym mierzymy, w jaki sposób zwiększyć liczbę realizacji świadczeń. Pamiętam, że nie zawsze płaciliśmy…

Stały doradca Komisji Rafał Sapuła:

Za zeszły rok wszystkie nadwykonania zostały zapłacone.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Dlatego mówię, że w tym roku brakuje, mamy dług zdrowotny, dlatego będziemy się starali. Niektóre podmioty, które mają problem z wykonaniem, a starają się i mają nadwykonania, powinny być docenione.

Pan przewodniczący Szczerba mówił o niedojazdach. Byliśmy na spotkaniu Parlamentarnego Zespołu ds. Uzdrowisk w Krynicy. Zespół pracuje nad zmianą, która nie weszła w życie w poprzedniej kadencji Sejmu. Była duża praca nad zmianą ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, przygotowano bardzo głęboki plan. Na pewno teraz są jeszcze nowe sprawy związane ze zgodami Ministerstwa Zdrowia na stworzenie gmin uzdrowiskowych i wiele innych spraw, które są problematyczne. Ministerstwo zajmuje się tym w znacznej mierze, być może niezasadnie. Ministerstwo zawsze opiniuje wszystkie projekty i zgody na rozbudowę uzdrowisk. Były zmiany systemowe w reorganizacji lecznictwa uzdrowiskowego dotyczące między innymi niedojazdów. Wiem, że na pewno są przygotowane systemy tak zwanych giełd skierowań (w ruchu lotniczym nazywa się to *last minute*), gdzie NFZ informuje na kilka dni przed rozpoczęciem, że nie ma pełnego zapotrzebowania – i wówczas pacjenci mogą się zgłaszać, aby było jak największe wykonanie tych świadczeń. Wiemy, że koszty są niższe o 20% w tym okresie, ale uzdrowiska, sanatoria mają głównie koszty stałe. Środowisko będzie chciało to jakoś uzgodnić. Prace są prowadzone we współpracy z NFZ. To jest parlamentarny zespół, uzdrowiska, cała branża i jednoczasowo NFZ, zatem mam nadzieję, że to się skończy pozytywnie i państwo dostaną wniosek o zmianę projektu ustawy do procedowania. Oczywiście NFZ wprowadzi wiele spraw, które nie są związane ze zmianami ustawowymi. Plan jest taki, że proces przygotowawczy restrukturyzacji leczenia uzdrowiskowego ma się zakończyć w styczniu albo lutym.

Jeśli chodzi o rehabilitację i kadry medyczne w Warszawie, tego nie znam dokładnie, ale przeprowadzaliśmy ustawę o zmianie ustawy o najniższych wynagrodzeniach w systemie ochrony zdrowia. Zwróciliśmy szczególną uwagę między innymi na personel fizjoterapeutów, który nigdy nie miał odrębnego finansowania Narodowego Funduszu Zdrowia, podobnie jak radiolodzy, psycholodzy i wiele innych zawodów medycznych. W związku z tym te zawody medyczne często nie miały istotnych wzrostów wynagrodzenia, poza minimalną indeksacją – 20%. Ustaliliśmy, że działanie ustawy, która kończy się w tym roku, 31 grudnia, zostanie zakończone 1 lipca. Od tego momentu każdy zawód medyczny będzie musiał mieć minimalne wynagrodzenie, dlatego fizjoterapeuci i niektóre inne zawody dostały średnio najwyższe podwyżki, bo zdecydowana większość w tym zakresie miała niższe wynagrodzenie niż najniższe. Jak państwo wiedzą, są prowadzone rozmowy w Ministerstwie Zdrowia, wcześniej były prowadzone z zespołem trójstronnym do spraw ochrony zdrowia. Oczywiście, jak państwo wiedzą, nie było zbieżności. Wcześniej tylko część zawodów medycznych dostała podwyżki, a pozostałymi zawodami nikt się nie interesował. Postanowiliśmy zwracać uwagę na wszystkie zawody, nie tylko te pojedyncze. Takie było założenie, że system ochrony zdrowia jest całością, to nie jest jeden zawód. Niektóre zawody uważają się za najważniejsze. Nie mamy takiego założenia, że jeden zawód w systemie ochrony zdrowia jest ważniejszy od innego. Rozwijamy i uruchamiamy nowe zawody, bo uważamy, że każdy jest lepszy w niektórych sprawach i nie ma uzasadnienia, żeby pielęgniarka coś wykonywała, gdy może to robić inny lekarz czy farmaceuta. Wiemy, jakie są wynagrodzenia. Przeznaczyliśmy 2 mln zł na realizację tej ustawy na okres półrocza, czyli około 4 mld zł w całym roku. Założenie było trochę

wyższe, bo dane, które ministerstwo posiadało, były ze stycznia 2020 r. W związku z tym trochę wzrosły wynagrodzenia.

Jeśli chodzi o jednostki rehabilitacji postcovidowej, zgodnie z decyzją prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z kwietnia bieżącego roku do chwili obecnej mamy około 150 takich ośrodków, które funkcjonują i mają podpisane umowy, w tym 61 podmiotów, które świadczą usługi w gminach uzdrowiskowych. Chcieliśmy bardzo, żeby te gminy mogły nadrabiać świadczenia zdrowotne i mogły przyjmować więcej pacjentów, w zawiązku z tym daliśmy możliwość dodatkowych uprawnień, usług zdrowotnych dla tych podmiotów leczniczych w gminach uzdrowiskowych. Ten wykaz powinien być na stronie, ale ja przekażę na piśmie, jak wygląda wykonanie wraz z wykonaniem fizycznym, z liczbą pacjentów i wartością umów, które zostały zrealizowane.

Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję panu ministrowi za odpowiedź.

Panie Jerzy, ale proszę bardzo krótko, jedno zdanie.

Prezes KSRSSR Jerzy Płókarz:

Panie ministrze, olbrzymi szacunek i podziękowanie, że pan minister pamięta o problemie, który zgłosiliśmy. Nasza organizacja kilka lat temu zgłaszała ten problem, a dzisiaj robimy to tytułem przypomnienia. Niezwykle miło jest usłyszeć od przedstawiciela rządu, że problem został zapamiętany i z tego co słyszę – rozwiązany. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, panie Jerzy.

Ogromna prośba, panie ministrze, do czego pan się zobowiązał i co zasygnalizowała pani doktor Kaczorowska, żebyśmy otrzymali informacje. To, co pan minister sam zauważył, chodzi o kwestię wyjazdów do sanatorium, gdy pacjent opiekuje się obłożnie chorą osobą. Czy to będzie można połączyć z opieką wytchnieniową. Pan minister poruszył ten wątek. My również rozmawiałyśmy o tym z przewodniczącą Matysiak. Warto sprawdzić, w jaki sposób można by to skorelować w dwóch resortach.

Panie ministrze, ogromna prośba. Dał pan nadzieję, że wycena świadczeń usług rehabilitacyjnych nie spadnie. To jest bardzo ważne. Moja ogromna prośba, żeby rozpatrywać to zagadnienie w zakresie wielowątkowości związanej z funkcjonowaniem seniorów. Pan minister powiedział, że chodzi o to, aby poprawiał się stan zdrowia pacjenta po zabiegach rehabilitacyjnych, natomiast chcę zauważyć, że odpłatność za zabiegi będzie decydowała, czy pacjent zostanie poddany takim zabiegom. Jeżeli miałoby to sprowadzić się do sytuacji, o której mówił pan doktor Sapuła czy pan profesor, czyli komercjalizacji, niestety w przypadku seniorów, ale nie tylko, w ślad za tym może iść poważne niebezpieczeństwo. Pan minister dał nam trochę nadziei, mówiąc, żebyśmy nie przywiązywali się do tego. Z całą pewnością będziemy to śledzili, bo to jest bardzo ważne.

Chcę bardzo serdecznie podziękować panu ministrowi za przedstawienie obszernych, specyficznych informacji, niezwykle ważnych. Chcę podziękować naszym gościom, panu profesorowi, który jest krajowym konsultantem w dziedzinie rehabilitacji, za obecność i cenne uwagi i przemyślenia. To wszystko, co pan profesor dzisiaj powiedział, jest dla nas bardzo ważne. Dziękuję stałym doradcom Komisji, naszym gościom i państwu posłom za udział w posiedzeniu Komisji Polityki Senioralnej.

Stwierdzam, że Komisja przyjęła przedstawione informacje do wiadomości. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny. Zamykam posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej.